

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

280

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

ANASTASE KOKKINOPOULOS

Né le 29 Mars 1909, à Athènes.

LE TRAITEMENT DU PSORIASIS

PAR

LE RÉGIME SANS GRAISSE

Président : M. GOUGEROT, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE CENTRALE

(Ancienne Maison JOUSSET)

Henri BOUSSARD, Directeur

8, rue de Furstenberg (6°)

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

ANASTASE KOKKINOPOULOS

Né le 29 Mars 1909, à Athènes.

LE TRAITEMENT DU PSORIASIS

PAR

LE RÉGIME SANS GRAISSE

Président : M. GOUGEROT, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE CENTRALE

(Ancienne Maison JOUSSET)

Henri BOUSSARD, Directeur

8, rue de Furstenberg (6*)

1935

LE DOYEN M. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N...
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BOUDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN . . . Pathologie médicale.
 BULLIARD . . . Histologie.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 DOGNON . . . Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD . . . Parasitologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES . . Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . . Pathologie médicale.
 HALPHEN . . . Oto-rhinc-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL . . Obstétrique.

MM

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE . . . Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY . . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâ-
 trie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN . . . Pathologie médicale.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS . Pathologie chirur-
 gicale.
 PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale
 TROISIER . . . Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH . . . Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.

MM

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE . Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	} Clinique médicale.	BASSET. . . .	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE		BROCQ	
AUBERTIN . .		CADENAT. . .	
BRULÉ. . . .		GATELLIER. .	
CHABROL. . .		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY. . . .		MOURE. . . .	
DONZELOT . .		QUENU. . . .	
DUVOIR. . . .		SCHWARTZ. .	
HARVIER. . .		VELTER . . .	
LIAN.			
PASTEUR-VALLERY- RADOT. . . .			
SÉZARY . . .			

MM.	
ECALLE . . .	} Clinique obstétricale.
GUÉNIOT. . .	
LE LORIER. .	
LÉVY-SOLAL .	
METZGER. . .	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé. . .	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.
FREY.	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MERE,

*Ce modeste témoignage de ma profonde
affection.*

A MA FAMILLE,

A MES AMIS.

A MON ONCLE

NICOLAS LAMPROPOULOS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE,

M. LE PROFESSEUR H. GOUGEROT

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,
Président de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale,
Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse. Témoinage
de respectueuse reconnaissance pour son
enseignement éclairé qu'il nous a toujours
prodigué.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LORTAT-JACOB,
Chef de Clinique à la Faculté

*Lequel nous a inspiré ce travail et nous
a guidé de ses précieux conseils; notre vive
reconnaissance.*

A MES MAITRES,
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX
DE PARIS,

A MON JURY

LE TRAITEMENT DU PSORIASIS

PAR

LE RÉGIME SANS GRAISSE

INTRODUCTION

Le psoriasis est une dermatose essentiellement chronique. Il est caractérisé par des taches d'un rouge plus ou moins vif, recouvertes de squames d'un blanc nacré, qui se résolvent, par le grattage, en une fine poussière micacée blanche.

On discute encore sur son étiologie et des deux théories qui sont en présence (parasitaire et diathésique) l'une et l'autre s'appuient sur des observations nettes.

En ce qui concerne le traitement les cliniciens ont cherché, par des moyens empiriques, une guérison définitive, qui n'a pas été obtenue jusqu'à ce jour. « La guérison vraie d'un psoriasis vrai est rare ». Besnier. Il n'en est pas moins certain, que l'on peut débarrasser un psoriasique de son infirmité, pour une période plus ou moins longue.

Mais ce succès n'est pas toujours facile à obtenir. Outre qu'il existe des psoriasis rebelles, heureusement rares, encore dans les formes communes, les médica-

ments couramment employés sont d'un maniement délicat. Au sujet du traitement externe Besnier écrit : « En aucune manière le psoriasis n'est une affection que le premier venant peut traiter..., chaque cas nouveau réclame une appropriation particulière dans la technique, les doses, le choix de l'excipient, l'adoption d'un antipsoriasique simple ou mixte, etc.). »

Aussi des recherches sont poursuivies dans les différents centres de dermatologie et fréquentes sont les publications sur le sujet.

Nous nous proposons d'étudier, dans ce travail, les résultats obtenus dans le psoriasis par le régime sans graisse de Grütz.

Nous nous faisons un devoir d'exprimer ici toute notre gratitude et tous nos remerciements à M. le professeur Gougerot qui a bien voulu nous ouvrir les portes de son service où nous avons pu observer nos malades.

CHAPITRE 4

APERÇU GÉNÉRAL

DES TRAITEMENTS DU PSORIASIS

Dans l'état actuel de nos connaissances sur le psoriasis, le traitement ne peut que faire disparaître l'éruption.

On a employé les moyens les plus divers, soit d'usage externe, soit d'usage interne.

Nous passerons rapidement en revue les agents médicamenteux de chacun de ces deux modes de traitement.

Traitement externe

Nous ne ferons que citer les mercuriaux (calomel, turbith minéral, oxyde jaune), le soufre, qui sont réservés au cuir chevelu et à la face. Ce sont surtout les réducteurs qui constituent le véritable traitement d'attaque. L'huile de cade, la chrysarobine, le naphol, l'acide pyrogallique, la résorcine, l'ichtyol ont été employés.

L'acide pyrogallique est à peu près abandonné parce que dangereux.

Le naphthol, la résorcine, l'ichtyol ne sont plus guère employés.

Par contre l'huile de cade est la plus usitée; elle constitue avec la chrysarobine, les deux meilleurs topiques.

Ces deux médicaments employés judicieusement donnent de bons résultats. Mais leur emploi n'est pas sans inconvénients.

Ils offrent des difficultés d'ordre pratique, brûlures, taches, que laisse la chrysarobine sur le linge, même à travers des bandes protectrices; malpropreté et odeur gênante de l'huile de cade.

D'autre part, si on ne limite pas leur application à la peau lésée, ils exposent aux érythrodermies graves, et bien que tout le monde connaisse la toxicité de la chrysarobine, surtout en application étendue, il n'a pas été toujours facile d'éviter des intoxications redoutables.

Les pommades, vernis, pâtes, traumaticines sont les différentes formes pharmaceutiques employées. Si l'irritation légère, observée normalement au voisinage des taches traitées, ne présente pas de gravité, si l'acné cadique n'est pas une complication inquiétante, néanmoins, il faut opérer avec prudence, par petites doses, pour tâter la susceptibilité du patient.

Il est évident qu'un tel traitement ne convient pas à un certain nombre de cas. Sans parler de toute une catégorie de malades que leur situation sociale empêche de se soumettre à ce genre de traitement, il faut savoir aussi, que les psoriasis rouges et confluent avec tendance à s'eczématiser ne supportent pas même les topiques les plus légers.

La radiothérapie a donné de bons résultats dans certaines formes particulièrement rebelles. Mais on ne peut y avoir recours pour des lésions étendues, et on ne peut en multiplier les applications. Enfin les applications, chaque jour plus nombreuses, des corps radioactifs, ont fait préconiser leur emploi dans le psoriasis. Mais les résultats encore restreints, ne permettent pas de tirer actuellement une conclusion.

Traitement interne

Les dermatologistes ne comptent plus sur les balsamiques, l'huile de foie de morue, le goudron et ses dérivés, le salicylate de sodium et l'iodure de potassium pour « blanchir » les psoriasiques. Ils emploient encore moins la digitale, l'ergotine, la strychnine, qui ont été préconisées autrefois.

Mais le mercure a quelques bons résultats à son actif (calomel, oxyde jaune en injection).

Le soufre est souvent efficace, surtout dans les formes graves de psoriasis avec atteinte articulaire. En effet les préparations huileuses de ce corps, en injections intramusculaires ont donné des résultats remarquables. Malheureusement elles sont douloureuses et provoquent des réactions générales avec céphalée et fièvre.

L'arsenic considéré comme spécifique autrefois et administré sous toutes ses formes, est actuellement encore conseillé à doses modérées (liqueur de Fowler).

Sous forme d'arsénobenzols, il fait courir des risques auxquels on n'aurait peut être pas le droit d'exposer un psoriasique. Il semble que le psotanol (mélange arséno-bismutho-pyridinique) soit plus actif et moins dangereux que ceux-ci.

D'autre part, l'opothérapie surrénalienne, pancréatique, ovarienne et surtout thyroïdienne, ont été essayées avec des résultats inconstants. En ce qui concerne l'opothérapie thyroïdienne, elle serait même dangereuse.

Enfin l'anaphylaxothérapie a été conseillée par certains auteurs (entéro-vaccins, clasoxine). Le professeur Gougerot vient de faire la communication d'une série de psoriasis guéris par le bleu de méthylène en injections intraveineuses.

Nous voyons donc d'après ce qui précède, que le traitement interne n'a pas l'efficacité, plus constante, du traitement local. Mais ceci n'est pas une raison pour perdre le bénéfice du traitement interne. Ainsi on a pu, très avantageusement, associer les deux modes de traitement. En outre, les psoriasiques, qui peuvent présenter d'autres troubles, bénéficient d'un traitement général approprié. Le professeur Gougerot insiste sur ce point et recommande de traiter les troubles gastro-intestinaux, les dysfonctions glandulaires, et surtout les tendances arthritiques et gouteuses des psoriasiques.

La question du régime a soulevé de nombreuses discussions, et les opinions restent partagées. Sabouraud nie l'efficacité du régime dans le psoriasis.

Mais Bulkley, en Amérique, obtient de bons résultats avec un régime végétarien strict, et Besnier en France, affirme qu'à aucun psoriasique ne convient une alimentation carnée excessive. Schamberg se déclare satisfait d'un régime hypoazoteux.

Un point, cependant semble acquis : c'est l'utilité d'une bonne hygiène alimentaire, d'un régime dépourvu d'alcool et d'excitants.

CHAPITRE B

Grütz considère le psoriasis comme une variété spéciale de lipoïdose, à côté du xanthome, due à un trouble dans le métabolisme des graisses.

Deux ordres d'arguments l'amènèrent à cette constatation :

1° Arguments d'ordre biologiques

Frappé par la coexistence chez le même malade d'un diabète, d'un xanthome nodulaire et d'un psoriasis, il fit le dosage des graisses et de la cholestérine dans le sang et trouva :

Cholestérine, 2 gr. 80 %.

Sucre, 2 gr. 36 %.

Graisses, 27,05 %.

Poursuivant ses recherches, il fit ingérer à son malade à jeun : 5 gr. de cholestérine dans 100 gr. d'huile d'olive et pratiqua des dosages dans le sang, 4, puis 8, puis 24 heures après. Il trouva une augmentation de la cholestérine et une élévation des graisses à 40 %. En outre la fixation de ces corps par les tissus et par conséquent leur baisse dans le sang dessinait une courbe différente de la normale.

L'examen histologique des lésions psoriasiques montra une infiltration du derme par des granula-

tions graisseuses, qui pénétraient dans l'épiderme et les squames parakératosiques.

D'autres auteurs ont déjà constaté la richesse en lipoïdes des squames psoriasiques.

Selon Grütz, deux hypothèses pourraient expliquer ce fait :

Soit que les graisses se déposent en grande quantité, soit qu'elles arrivent à l'état d'un mélange physiologiquement instable et, que passant, pour être éliminées, des capillaires à l'épiderme, y déterminent le psoriasis.

2° Arguments d'ordre clinique

Dans ses aspects cliniques et ses localisations, le psoriasis montre certaines analogies avec le xanthome, et ceci serait en faveur des liens de parenté entre les deux affections.

Enfin, comme le xanthome, le psoriasis est assez souvent conditionné par l'hérédité et peut se présenter sous forme de maladie familiale.

Le régime sans graisse

Le régime pauvre en graisse, connu depuis longtemps, a été employé par Chauffard, Grigaut et Guy-Laroche dans le xanthome.

Grütz, encouragé par les bons résultats obtenus dans la même affection et partant des considérations générales que nous venons d'exposer, a soumis au

régime pauvre en graisse les psoriasiques. Cet essai thérapeutique est aussi logique dans le psoriasis que le régime pauvre en hydrates de carbone, dans le diabète sucré (Grütz).

En fait avec son régime, Grütz ne prétend pas guérir les psoriasis. Il cherche surtout l'amélioration sinon la disparition de l'éruption en diminuant les graisses, de même qu'en réduisant l'apport des hydrates de carbone, on diminue hyperglycémie et glucosurie sans pour cela guérir le diabète.

Les premières expériences portant sur 80 psoriasiques donnèrent des résultats satisfaisants. « Le psoriasis rétrocedait et la peau des malades devenait de nouveau lisse, uniquement grâce au régime, sans qu'il y ait eu besoin d'un traitement interne ou externe ».

Les conditions nécessaires pour réussir sont :

1° L'observation stricte du régime.

2° Sa prolongation pendant des semaines et souvent des mois.

3° Enfin une ration alimentaire ne contenant pas plus de 20 gr. de graisses pour un adulte, et pas plus de 10 gr. pour un enfant (y compris déjà les graisses nécessaires pour la préparation des aliments) Il ne saurait être question de supprimer totalement les corps gras, puisque tous nos aliments en contiennent une petite quantité si minime soit-elle.

Voici la base d'un régime pauvre en graisse tel qu'il a été employé par Grütz :

Supprimer :

Toutes les soupes grasses.

Les viandes grasses (viande de porc et de mouton).

Les volailles grasses (canard, oie).

Les poissons gras (anguille, hareng, carpe).

Le jaune d'œuf.

Les fromages et le lait, sauf le lait écrémé.

Toutes les matières grasses (saindoux, margarine, crème fraîche, beurre, etc.).

Les champignons, le chocolat, les noix, les noisettes.

Sont permis :

De petits potages auxquels on aura enlevé la graisse après refroidissement.

La viande de bœuf maigre, la viande de veau, le lapin, le lièvre.

Le jambon maigre, les volailles maigres (poulets, pigeons, etc.).

Les poissons maigres.

Les sucres, miel et tous les jus de fruits.

Tous les fruits et confitures.

Les pommes de terre, la farine de riz, de semoule, les pâtes alimentaires, le pain.

Tous les légumes, mais préparés sans matières grasses.

Les biscuits, tartes.

Sur cette base il est facile de constituer un menu assez riche et assez varié pour le rendre supportable au malade.

Il faut naturellement une certaine résignation pour accepter un plat de légumes sans huile ou sans beurre. Mais comme la viande, les fruits, la pâtisserie, dont la préparation peut se passer de graisse, sont permis, les malades réussissent à composer leurs plats de manière à les rendre agréables.

En clientèle hospitalière, cependant, il nous a été donné de constater que le malade trichait souvent, où qu'il ne suivait pas le régime, en vérité sévère.

En expliquant au patient, l'intérêt d'un tel traitement, qui lui permettra de se soigner sans interrompre ses occupations, on finit par vaincre sa résistance dans la majorité des cas. Il est en effet indispensable que le malade accepte son régime et en comprenne l'utilité.

C'est à ce prix ainsi que nous le verrons dans les observations qui vont suivre, que la guérison a pu être enregistrée.

Les malades se comportent assez différemment vis-à-vis de la diminution des graisses, qui joue un rôle assez important dans nos climats.

Chez les sujets normalement constitués, non obèses, le poids du corps ne baisse généralement que très peu.

Par contre chez les obèses la perte de poids peut atteindre 5 et 10 kgs; mais cet amaigrissement est

favorable à la disparition du psoriasis. Enfin il existe des observations, rapportées par Grütz, de malades plutôt maigres ayant pris un et deux kilos malgré le régime.

Signalons aussi que des différences individuelles ont été notées en ce qui concerne la quantité maxima de graisse tolérée. En effet à côté des malades guérissant avec un régime très large, il en existe, qui exigent un régime sans graisse sévère.

OBSERVATIONS

Nous avons soumis au régime sans graisse 15 psoriatiques, dans le service du professeur Gougerot.

Huit parmi eux ont suivi le régime à peu près correctement.

Les 7 autres malades, ont été bien moins fidèles aux prescriptions. Outre qu'ils suivaient le régime d'une manière irrégulière, ils consommaient toujours une certaine quantité de graisse.

Ce fait nous oblige à ne pas en tenir compte.

OBSERVATION I.

M. M..., 32 ans, présente une poussée de psoriasis depuis 1933. L'éruption persiste : d'ailleurs le patient ne suit aucun traitement et quand il est vu à l'hôpital (octobre 1934), les lésions ne se sont pas modifiées depuis le début.

Psoriasis en gouttes, éléments nombreux au thorax et dans le dos; quelques taches aux coudes.

Rien dans les antécédents.

Examen général négatif.

Régime sans graisse, sans aucun autre traitement général ou local (viandes grillées, légumes cuits à l'eau, sans matières grasses, fruits, sucre).

Après trois semaines de traitement les lésions ne sont plus du tout squameuses et 15 jours plus tard la guérison est complète.

M. M..., fait un séjour à la campagne et se remet à un régime normal.

En février 1935, nouvelle poussée de psoriasis : éléments peu nombreux à l'hypochondre gauche, et aux coudes.

Mis à nouveau au régime sans graisse.

Disparition de l'éruption en trois semaines.

OBSERVATION II.

M. M..., 48 ans, présente une poussée de psoriasis depuis le début du mois de janvier 1935.

L'éruption a débuté aux coudes et s'est généralisée rapidement. En 15 jours, les lésions ont gagné les membres supérieurs et les membres inférieurs : larges placards rouges. Le tronc est moins atteint. Il existe quelques taches à la face, au front et au cuir chevelu.

Dans les antécédents, on ne trouve pas d'autre atteinte de psoriasis.

Le 19 février 1935, mis au régime sans graisse.

Dix jours plus tard : amélioration nette. Les lésions desquamant abandonnent et deviennent moins infiltrées.

Au début du mois de mars la peau est lisse, il ne reste qu'une vague teinte lilacée.

OBSERVATION III (Lortat-Jacob).

M^{me} D..., 58 ans, souffre d'un psoriasis depuis 1915.

A partir de cette date, les poussées se sont répétées sans cesse, nécessitant chaque fois, l'institution d'un traitement énergique où tous les réducteurs avaient été essayés tour à tour.

Rechutes et améliorations se succèdent jusqu'en février 1935 où une nouvelle crise force la malade à venir consulter :

Les lésions siègent au tronc, aux paumes des mains et au cuir chevelu.

Il n'existe pas d'arthropie.

L'examen ne révèle aucun trouble de l'état général.

La patiente est mise au régime sans graisse, qu'elle suit régulièrement jusqu'en mai 1934, à cette date, c'est-à-dire, après deux mois environ de régime, *la guérison est complète.*

Du mois de mai jusqu'au mois de novembre, aucun régime n'est suivi.

En novembre 1934, une nouvelle poussée de psoriasis survient.

La patiente se remet spontanément au régime, avec une fidélité moindre cependant, puisqu'elle prend du beurre (en petite quantité).

En janvier 1935 on note une grosse amélioration.

OBSERVATION IV.

M. M..., Emile, 48 ans, a fait sa première poussée de psoriasis au régiment (1908).

De 1909 à 1916 l'éruption disparaît complètement, pour réapparaître ensuite, et depuis le malade est plus ou moins couvert de taches de psoriasis.

La dernière poussée date du début du mois de janvier 1935.

Psoriasis du dos, des mains et des doigts. Généralisation rapide.

Grands placards sur tout le corps ne laissant d'intervalle de peau saine qu'au niveau du thorax.

Aucun trouble général.

Le 14 février 1935 mis au régime sans graisse.

Guérison complète en mars 1935.

OBSERVATION V (Lortat-Jacob).

M^{me} P..., 28 ans, est atteinte de psoriasis généralisé depuis 2 ans.

Les bras et les coudes, les membres inférieurs et le tronc, le cuir chevelu sont couverts de taches.

Le 11 décembre 1934 la patiente est mise au régime sans graisse.

15 jours après on note une grosse amélioration, et le 18 mars la guérison est presque complète. Les éléments des bras et des jambes ne sont plus du tout squameux, il ne reste qu'une vague teinte lilacée. Le psoriasis du cuir chevelu a disparu; il ne reste que quelques éléments squameux du tronc.

OBSERVATION VI.

M. I..., 53 ans, psoriasis généralisé depuis août 1934, ayant débuté au coude gauche et au genou droit.

Larges placards sur le corps, petites taches au cuir chevelu.

Régime sans graisse en octobre 1934.

En décembre, le malade est considérablement amélioré.

OBSERVATION VII.

M. S..., 42 ans, psoriasis datant de 1915.

Lors des premières poussées seuls les coudes et le tronc sont atteints.

Au cours des poussées suivantes, les lésions ont tendance à se généraliser.

Le glycerolé cadique, et surtout les bains soufrés produisent une amélioration.

En juin 1934, une nouvelle poussée généralisée force le malade à entrer à l'hôpital.

Le 7 et 11 juin deux réactions de B. W. sont positives. Pas de signes de syphilis cutanée ou nerveuse. Une série de psothanol ne réussit pas à blanchir complètement le malade.

En décembre 1935, nouvelle poussée de psoriasis, nouvelle hospitalisation. On essaie le régime sans graisse pendant un mois seulement.

Les éléments pâlisent et s'affaissent mais ils ne disparaissent pas complètement.

CONCLUSIONS

1° Il est impossible à l'heure actuelle d'obtenir la guérison définitive du psoriasis.

2° Il existe de nombreux médicaments tant d'usage externe que d'usage interne plus ou moins capables de faire disparaître passagèrement l'éruption.

3° Aucun de ces médicaments même parmi les plus usités et les plus efficaces n'est exempt d'inconvénients.

4° Durant une période de six mois nous avons traité quinze cas de psoriasis par un régime pauvre en graisse.

5° Sept parmi nos malades ayant suivi le régime d'une manière insuffisante ou irrégulière ne peuvent pas entrer en ligne de compte.

6° Sur les huit autres malades fidèles au régime cinq ont guéri rapidement de leur éruption, deux ont

eu une amélioration notable, enfin dans un cas de psoriasis ancien avec atteinte articulaire il y eu échec.

7° Malgré sa complexité apparente le régime pauvre en graisse est facilement réalisable et généralement bien accepté par le malade. En clientèle hospitalière, cependant, il est souvent difficile d'obtenir qu'on le suive strictement.

8° Il offre des avantages d'ordre pratique sur les méthodes actuellement employées.

Vu : *Le Président de Thèse,*
GOUGEROT.

Vu : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

AUDRY. — Le traitement des maladies cutanées et vénériennes.

BESNIER. — Le traitement de l'eczéma et du psoriasis.

BROCQ. — La pratique dermatologique.

BULULEY. — Report of 140 recent cases of psoriasis in private practice under a strictly vegetarian diet (*J. Am. Med. Ass. Chicago* 1911. p. 714).

DARIER. — Précis de dermatologie.

GOUGEROT. — La dermatologie en clientèle.

GRÜTZ. — Das Psoriasis problem im lichte tieferer Forschung und Klinische dermatologischer Erfahrungen (*Deutsch. med. Woch.* 1934).

SABOURAUD. — Quelques mots sur le traitement interne du psoriasis.

SCHAMBERG. — The dietary treatment of psoriasis (*J. Am. Med. Ass.* 1932).
